

THÈSE

115

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

René POIRIER

Né le 26 Octobre 1916 à Paris

UN CAS D'ILÉUS BILIAIRE

Président : M. GREGOIRE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
»	FIESSINGER.
»	LOEPER.
»	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale.....	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIE.
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE	Urologie.
DELARUE	Anat. pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ	Physique.
DESOLLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS	Anat. pathologique.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.

MM.	
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
Mlle J. LÉVY	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgic.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgic.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
SICARD	Pathologie chirurgic.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEIT-BOYER	Pathologie chirurgic.

MM.	
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique Médicale.
BRULÉ	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER	
DONZELOT	
DUVOIR	
GASTINEL	
HUGUENIN	
LAROCHE (Guy)	
LIÂN	} Clinique Obstétricale.
MOREAU	
PIEDELIEVRE	
SÉZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
DE GAUDART D'ALLAINES	
LEVEUF	
MOULONGUET	} Clinique Obstétricale.
MOURE	
QUENU	
ECALLE	
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de notre profonde affection.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUI ONT ÉTÉ POUR MOI
UN EXEMPLE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR GRÉGOIRE

*Qui nous a fait le grand honneur de pré-
sider notre thèse.*

A NOS JUGES

A M. LE DOCTEUR DESSAINT

Il nous a confié ses observations et conseillé dans ce travail avec une extrême amabilité. Nous tenons à l'en remercier tout spécialement.

A MM. LES DOCTEUR PETIT ET JOUENNEAU

Qui ont bien voulu nous guider dans le choix si délicat d'un sujet de thèse et qui nous ont si bien reçu dans leur service hospitalier.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR LENORMANT

M. LE DOCTEUR SERGENT

M. LE DOCTEUR HARVIER

M. LE DOCTEUR CHEVRIER

Externat

Mai 1937 à Octobre 1937 :

M. LE DOCTEUR GIRODE

Octobre 1937 à Mai 1938 :

M. LE DOCTEUR ROUX-BERGER

Mai 1938 à Mai 1939 :

M. LE DOCTEUR FAROY

Mai 1939 au 16 Septembre 1939 :

M. LE DOCTEUR JANET

AVANT-PROPOS

Nous tenons à remercier bien vivement le Docteur Dessaint, qui a eu l'amabilité, alors que nous étions mobilisé loin de Paris, de bien vouloir nous fixer un sujet de thèse, nous aider de ses conseils et nous donner toutes les facilités pour mener à bien ce modeste travail.

Nous ne donnons qu'une observation, mais elle nous a paru intéressante pour de multiples raisons.

L'iléus biliaire, depuis 20 ans, a fait l'objet de multiples travaux et nous nous excusons d'être obligés de résumer un sujet qu'il nous eût été agréable d'étudier en détail si les circonstances présentes l'avaient permis.

Après avoir décrit notre observation, nous étudierons dans un premier chapitre, les symptômes qui sont les plus fréquents dans les cas d'iléus biliaires et que nous retrouvons chez notre malade.

Puis dans un deuxième chapitre, nous étudierons ce qui nous a paru atypique, et c'est ce qui nous a décidé à publier cette observation.

OBSERVATION

PRÔDRÔMES

Jusqu'en Mars 1939, Mme X..., âgée de 65 ans, se félicitait d'une santé parfaite. « Jamais elle n'avait vu de médecin ». Mais à partir de cette date, elle est tout le temps malade, se plaint de vomissements, de diarrhée avec colique en même temps que l'on peut constater un important fléchissement de l'état général.

Les *vomissements* surviennent spontanément, sans cause apparente, sans horaire fixe, non rythmés par les repas, aussi bien le matin à jeun qu'au cours de la journée après un repas. Ils surviennent très irrégulièrement : la malade aura deux vomissements dans une seule journée, puis durant huit jours sera absolument tranquille. Alimentaires après les repas, aqueux à distance des repas, ils sont émis sans douleur ni nausée : « Brusquement l'eau me vient à la bouche et je vomis », dit la malade.

Les *crises diarrhéiques* surviennent d'une façon aussi capricieuse. Brusquement la malade est prise de douleurs intestinales à type de coliques ; coliques impérieuses qui aboutissent à l'émission de selles diarrhéiques noirâtres. Ces crises peuvent coïncider avec les vomissements, mais pas nécessairement.

Durant toute cette période, la malade est fatiguée, maigrit beaucoup. Au début de Septembre, n'a-t-elle pas perdu 6 livres en 12 jours ? L'appétit diminue. Des aliments qui lui plaisaient à première vue, la dégoûtent dès la première bouchée.

En résumé, pendant les 6 mois qui précédèrent l'idéus biliaire, on note un syndrome digestif particulier : vomissements, diarrhée noirâtre, pas de douleurs, amaigrissement notable, asthénie. Ajoutez à cela que l'année précédente, la malade avait perdu son mari d'un cancer gastrique et on conçoit aisément que l'on ait pu penser à un cancer du tube digestif.

Cependant, le médecin consulté à plusieurs reprises, rassure la malade. Il la savait très nerveuse, très agitée, et fatiguée par un travail intense (jardinage, liquidation d'affaires importantes). Il lui conseille le repos, de manger moins vite, de bien mastiquer, et prescrit du bismuth et du charbon.

Ce traitement symptomatique amène une amélioration passagère. La diarrhée cesse, mais les vomissements persistent ainsi que l'amaigrissement. Et nous arrivons ainsi au 23 Septembre, début de l'occlusion.

2° OCCLUSION

23 Septembre : Mme X..., après avoir pris quelques jours de repos chez une parente, revient à

Rouen. Le soir, vers 7 heures, lle est prise d'une crise de diarrhée, mais ne s'en inquiète pas trop. Elle se met à table à 8 heures du soir, et, de bon appétit, prend un potage. Mais, dès la première bouchée, elle le vomit. Tout cela ne l'inquiète pas trop : depuis 6 mois n'était-elle pas sujette à de tels troubles ?

C'est alors que brusquement la nuit, elle est réveillée par des douleurs abdominales intenses. Ces douleurs ne vont plus la quitter jusqu'à l'opération qui aura lieu 10 jours plus tard.

Ce sont des *douleurs* très intenses arrachant par moment des cris à la malade, à type de coliques de tranchées.

Très courtes, une demi-minute au plus, se répétant toutes les demi-heures, empêchant le sommeil, transversales en barre, courbant la malade en deux, épigastriques, mais plus intenses à gauche, n'irradiant pas.

Elles sont soulagées par la station debout, exagérées par le décubitus.

Le 24 Septembre, la malade se lève, circule dans la maison, se prépare elle-même une infusion et reste à la diète. Elle n'a pas d'appétit. Ne vomit pas. Elle n'a ni selles, ni gaz. A part les douleurs, elle se sent assez bien, forte sur ses jambes.

Le 25 Septembre, Mme X... se sent fatiguée. Les douleurs sont si intenses, qu'elle n'a pu dormir pendant deux nuits. Elle n'a toujours ni selles ni

gaz. Elle ne peut rien absorber, et ne vomit pas. Elle va chez le pharmacien qui lui conseille un purgatif. En revenant chez elle, à plusieurs reprises, elle est obligée de s'arrêter en route, en raison de l'intensité des douleurs.

Le 26 Septembre au matin, elle absorbe 20 gr. de sulfate de soude qu'elle vomit immédiatement. Ne sentant aucune amélioration, elle décide d'appeler un médecin. Elle prend à nouveau 40 gr. de sulfate de soude qui n'ont aucun effet.

Toujours ni selles ni gaz. Pas de vomissements. La malade, bien que très fatiguée, circule encore dans la maison, mais péniblement, et elle est très fatiguée.

Le 27 Septembre. Le Docteur arrive. Il trouve la malade au lit, un peu anxieuse, mais à facies excellent. Le poulx bien frappé à 80. Pas de température. Bref : bon état général. Le ventre est plat, sans météorisme ni tympanisme, facilement dépressible et palpable. On ne note pas d'ondes péristaltiques. Entre les paroxysmes douloureux, la région épigastrique reste sensible. On ne perçoit aucune tumeur dure. L'arrêt des matières et des gaz est absolu. Les vomissements ont cessé. La malade énonce sa crainte de se voir atteinte d'un cancer gastrique comme son mari. Etant donné les antécédents gastriques des six derniers mois, le médecin pense à un cancer du tube digestif, fait prendre patience à la malade, formule de la surparine et du charbon, en-

visage une radiogastrique et prescrit un lavement hypersalé qui reste sans résultat.

La malade est mise au bouillon de légumes. Elle ne peut le supporter et le vomit dès la première cuillerée.

Le 28 Septembre. Il n'y a aucune amélioration. Le Docteur Sanson est appelé en consultation.

Les douleurs persistent avec les caractères du début de la crise.

— transversales en barre, coupant la malade en deux, plus intenses à gauche ;

— à type de tranchées, de coliques ;

— sans irradiation, très intenses, arrachant des cris à la malade, très courtes, 30 secondes au maximum, se répétant tous les quarts d'heure, empêchant le sommeil, soulagées par la station debout, les vomissements, exagérées par le décubitus.

Les vomissements sont peu abondants, empêchant toute alimentation qui les provoque. Jusqu'alors alimentaires, ils deviennent fécaloïdes, à partir du 28 Septembre.

L'arrêt des matières et des gaz persiste, absolu.

Pas de fièvre. Pouls à 80. Langue très chargée.

Ventre plat, sans météorisme ni tympanisme.

Le 29 Septembre. Aucune modification.

Douleurs, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Ventre plat. Pas d'ondulations péristaltiques.

Le 30 Septembre. On transporte la malade en

ambulance chez le Docteur Sanson. On lui fait absorber le matin à 7 heures de la bouillie barytée.

A 11 heures, le Docteur Sanson examine la malade à la radiographie. L'estomac est à peu près vide. Le grêle par contre est rempli et rien n'a pénétré dans le cæcum. En plus, les anses grêles sont distendues et présentent plusieurs niveaux liquidiens horizontaux. L'ensemble donne l'image d'une sténose du grêle sans qu'il soit possible d'en préciser le siège exact.

Un second examen pratiqué dans le cours de l'après-midi (12 heures après l'ingestion de la baryte) ne montre aucune modification.

Le 1^{er} Octobre. A nouveau, examen radioscopique. Vingt-huit heures après ingestion de baryte, on retrouve le même aspect intestinal (images du grêle avec niveaux liquidiens, aucune pénétration dans le gros intestin). De plus l'estomac qui, la veille, ne contenait qu'une minime quantité de substance opaque, est rempli de baryte, alors que la malade a eu dans le courant de la nuit un vomissement assez abondant dont l'odeur aurait été fécaloïde. Il y a donc reflux vraisemblable de l'intestin dans l'estomac avec dilatation progressive de toute la portion du tube digestif en amont de l'obstacle.

La radiographie donne les mêmes renseignements que la scopie. Dilatation du grêle avec niveaux liquidiens, mais ne permettent pas non plus de préciser l'obstacle.

Il existe bien une image un peu particulière

que l'on retrouvera sur les clichés ultérieurs. C'est une ombre ovalaire dont le grand axe a environ 2 cm. qui se projette sur l'aile iliaque gauche près de la ligne inominée dans sa partie moyenne. Ombre ovalaire, non homogène formée par un piqueté baryte. Il est possible que ce soit l'image d'un calcul. — Mais l'image estompée par les anses grêles remplies de baryte n'est pas assez nette pour pouvoir l'affirmer.

Ce qui est certain à ce moment, c'est qu'il existe une occlusion du grêle. Quel est l'obstacle ? Bride, coudure, iléus ? La radio ne permet pas de l'affirmer. On pense avant tout à l'iléus. Cependant, pour éliminer la possibilité d'une occlusion du grêle par propagation à celui-ci d'un cancer du colon (hypothèse jugée d'ailleurs improbable) le Dr. Sanson propose comme complément d'examen une radiographie après lavement baryté.

Le médecin prévient la malade de la nécessité d'une intervention chirurgicale et l'amène assez facilement à accepter. Il prescrit de la surparine et appelle le Dr Dessaint en consultation.

L'aspect clinique reste identique : Douleurs, vomissements. Arrêt absolu des matières et des gaz. Ventre plat. Clapotage à jeun. Aucune ondulation péristaltique.

Le 2 octobre. La malade est transportée à la clinique du Dr Petit. C'est alors que le Dr Dessaint est amené à examiner notre malade.

Ce qui frappe d'emblée c'est le bon aspect appa-

rent de celle-ci. Nous sommes au 10^e jour de l'occlusion et pourtant la malade est loquace, voire gaie. Elle qui s'alarmait pour un rien est cette fois-ci sans inquiétude sur la gravité de son état.

L'examen confirme cet optimisme : le faciès est coloré. Le pouls bat à 100, bien frappé, régulier. La température est à 37°4. Le ventre est plat, bien souple, sans tympanisme. Il ne présente pas l'aspect d'un ventre d'occlusion. Aucune ondulation péristaltique n'est visible. Il existe du clapotage à jeun, traduction des niveaux liquides du grêle. Pas de tumeur perceptible, même après un examen complet et fait en vue de déceler cette tumeur dure. Entre les paroxysmes douloureux, la région épigastrique et sous-hépatique est douloureuse.

T. R. et T. V. = 0.

Et pourtant l'état est grave. Depuis 10 jours la malade n'a eu ni selles ni gaz. Et ce signe est très net chez cette malade qui allait régulièrement à la garde-robe. L'interrogatoire minutieusement conduit est absolument affirmatif sur ce point.

L'intolérance gastrique est absolue. Depuis 4 jours les vomissements peu abondants d'ailleurs, sont nettement fécaloïdes.

Bref. Arrêt des matières et des gaz depuis 10 jour.

Vomissements alimentaires, puis fécaloïdes depuis 3 jours.

Douleurs abdominales à type de coliques.

A la radio, image de sténose du grêle.

Tels sont les signes qui permettaient d'affirmer une occlusion et une occlusion du grêle. Avant tout chez cette malade âgée, on pense à l'iléus biliaire. Mais l'interrogatoire ne permet pas de retrouver des antécédents nets de lithiase biliaire. Ce n'est qu'après l'intervention que la malade spontanément apprendra qu'elle a été soignée 4 ans plus tôt pour une crise de péricholécystite.

Le Dr Dessaint prescrit un lavement hypersalé et fixe l'intervention au lendemain matin.

Le 3 octobre. Avant l'intervention, le Dr Dessaint veut éliminer le diagnostic d'une occlusion du grêle par propagation aux anses grêles d'un cancer colique et fait pratiquer un examen radioscopique après lavement baryté.

Mai le repas baryté absorbé 3 jours avant gêne la lecture radioscopique par superposition d'ombre. Il montre cependant l'intégrité du cadre colique qui laisse facilement passer le lavement baryté. Il ne peut s'agir alors que d'iléus biliaire et c'est sur ce diagnostic que le Dr Dessaint intervient.

Opération.

Anesthésie générale à l'éther.

Incision médiane de 8 cm.

Dès l'ouverture de la paroi, on perçoit immédiatement le calcul, sous forme d'une masse dure, siégeant sur la partie terminale du grêle à 5 cm. en-

viron du cæcum. Il est impossible de mobiliser le calcul.

Incision longitudinale du grêle. Extraction du calcul. Fermeture.

On découvre un second calcul sus-jacent au précédent, siégeant dans la portion moyenne du grêle.

Extraction du calcul comme précédemment.

Iléostomie à la Wintzel sur sonde molle en caoutchouc.

Il fut impossible en raison de l'état de la malade de vérifier l'état de la vésicule.

Les calculs.

Au nombre de deux — sont identiques. L'un mesure 5 cm. de long sur 3 cm. de large. L'autre un peu plus petit, 4 cm. sur 2 cm.

Tous deux sont ovoïdes, de couleur jaune sale, à surface irrégulière framboisée, de densité faible, présentant à une de ses extrémités une surface lenticulaire noire.

Aucun incident post-opératoire.

Selles 2 jours après l'intervention.

Sérum sous cutané. Lavement goutte à goutte tous les 2 jours.

Le premier pansement est fait le 3^e jour. Peu de matière par la sonde.

Vers le 6^e jour, ablation de la sonde.

15^e jour : guérison.

Antécédents hépatiques.

Nous nous excusons de ne citer que si tardivement les antécédents hépatiques. Nous y sommes obligés pour respecter la chronologie des faits. Jusqu'à l'intervention, la malade malgré un interrogatoire minutieusement conduit prétendait que jusqu'il y a 6 mois, elle avait toujours été en excellente santé. Mais le lendemain de l'intervention, lorsqu'on lui montra les calculs, elle se rappela soudain que 4 ans auparavant, elle avait souffert d'une crise douloureuse abdominale étiquetée par son médecin traitant de péricholécystite.

Donc, *il y a 4 ans*, dans le courant de 1935, la malade qui jusque là n'avait fait venir le médecin que pour une petite pointe de congestion pulmonaire dans son enfance, est réveillée brusquement la nuit par une douleur sous le rebord costal à droite. Douleur peu intense, une simple gêne à droite, mais suffisante quand même pour la réveiller. La malade avait pris dans la journée un repas normal et s'était facilement endormie. Elle ne s'inquiète pas et prend une infusion chaude.

Le *lendemain*, les douleurs persistent, continues, à type de gêne. Le médecin appelé prescrit la diète et l'application de cataplasme chaud sur la zone douloureuse. Loin de régresser, les douleurs s'accroissent rapidement et prennent une acuité telle qu'elles arrachent des cris à la malade qui est obli-

gée de s'aliter. Ces douleurs sont fixes, intermittentes, n'irradient pas dans le dos, à type de coliques. Elles ne s'accompagnent pas de vomissement. Les selles sont colorées, les urines claires. La température n'a pas été prise.

Le 3^e jour. Les douleurs persistent toujours intenses. Le médecin prescrit de la glace sur le ventre, discute l'opportunité d'une intervention qui finalement est différée. Il nous a été impossible d'obtenir plus de renseignements sur l'examen local, mais étant donné que l'on a parlé d'intervention, que le médecin après palper abdominal inscrivit au crayon sous les côtes une ligne courbe à concavité supérieure, il est très probable qu'il s'agissait d'un plas-tron abdominal due à une péricholécystite.

Le 4^e jour. Nette amélioration. On ne parle plus d'intervention.

La malade est restée 15 jours au lit avec glace sur le ventre. Il n'y a eu ni ictère, ni décoloration des selles, ni décoloration des urines.

DISCUSSION DE L'OBSERVATION

Nous allons dans un premier temps étudier ce qui nous a semblé assez typique de l'iléus biliaire dans cette observation.

D'abord, il s'agit d'une *femme âgée*. L'iléus biliaire ne se rencontre en pratique que chez les femmes de plus de 45 ans, et 2 fois sur 3 de 60 à 80 ans. Notre malade avait 65 ans.

Elle fait une occlusion intestinale : arrêt des matières et des gaz, douleurs, vomissements et une *occlusion haute*, car les vomissements sont précoces et rapidement fécaloïdes.

Occlusion haute chez une femme âgée doit faire penser à l'iléus biliaire et on retrouve chez notre malade, l'élément primordial du diagnostic : les *antécédents hépatiques*. Nous avons vu qu'elle avait fait 4 ans avant l'occlusion une crise de péricholécystite qui a régressé heureusement en 15 jours. Ces antécédents ont une valeur capitale pour le diagnostic. Ils permettent lorsqu'on les retrouve à l'interrogatoire d'une femme atteinte d'une occlusion, d'affirmer l'iléus biliaire. Mais bien souvent, malgré un interrogatoire minutieux, ils passent inaperçus et ne sont connus qu'après l'intervention. Il faut

donc les chercher avec le même soin qu'on met à les trouver lorsqu'il s'agit de distinguer une perforation appendiculaire d'une perforation gastrique.

L'âge, le sexe, les signes d'occlusion haute, les antécédents hépatiques tels sont les principaux signes typiques d'iléus biliaire que nous retrouvons dans cette observation.

Mais il est dans cette observation certains points qui s'écartent notablement de l'observation classique de l'iléus biliaire.

En premier lieu, on n'a pas trouvé chez notre malade un signe important sur lequel beaucoup d'auteurs ont insisté : la découverte par le palper d'une tumeur abdominale.

Pour Leriche et Cotte « le signe qui possède la plus grande valeur, c'est la brusque apparition d'une tumeur dure en un point quelconque de l'abdomen. Quand elle existe, c'est à son contact que vient finir le péristaltisme et que peut exister au début le météorisme localisé ». Cette tumeur c'est le calcul.

Quénu a également insisté sur ce signe : « Un dernier signe et non le moins important nous est fourni par la palpation abdominale. C'est la constatation d'une tumeur extrêmement dure, plus dure que toute autre espèce de tumeur. Cette sensation je l'ai eu nettement, elle suffirait peut-être à l'avenir à me permettre le diagnostic ».

Et pourtant la recherche de ce signe avait été faite avec une minutie puisque l'on opéra sur le diagnostic d'iléus biliaire. Les mains bien à plat, progressivement, méthodiquement, sans hâte avaient exploré la région ombilicale, la fosse iliaque droite. Le T. R., et T. U. avaient été pratiqués. Mais on ne perçut aucune tumeur.

La deuxième particularité de cette observation est l'absence complète de météorisme. Nous savons bien que dans une occlusion haute, il y a peu de ballonnement abdominal, mais ici il n'y eut pas du tout. Il n'y a pas de tympanisme à la percussion. Ventre absolument plat, mou, dépressible, gargouillant. Le calcul siégeait pourtant sur la partie terminale du grêle à 15 cm. du cæcum. A la Radioscopie et à l'intervention, le grêle est fortement dilaté aussi gros que le cadre colique. Comment expliquer cette opposition entre cette dilatation importante du grêle et l'absence de météorisme et de tympanisme au 10^e jour de l'occlusion ? — Il faut faire intervenir l'épaisseur de la paroi abdominale et surtout l'épaisseur du tablier épiploïque très infiltré de graisse chez les femmes. Le professeur Houdor, dans son traité : « Diagnostic d'urgence », cite plusieurs cas de ce genre.

La troisième particularité de cette observation en est l'évolution : En général dans un iléus biliaire l'occlusion se manifeste par crises intermitten-

tes. Ce signe tient à la migration du calcul dans le grêle. On pourrait rapprocher l'évolution de l'iléus biliaire de celle d'un ietère par rétention due à l'obstruction du cholédoque par un calcul. Les vomissements commencent très vite quand l'occlusion est complète et ne tardent pas à devenir fécaloïdes, mais après l'avoir été, ils peuvent cesser de l'être.

Durant les phases de rémission, il n'y a pas seulement arrêt des crises douloureuses ; il peut y avoir selles et gaz, chute du ballonnement, arrêt des vomissements fécaloïdes, c'est-à-dire toutes les apparences de la guérison. (Mondor). La malade paraît mourante à un premier examen et 3 h. après elle semble guérie.

Ici au contraire, dans notre observation, l'évolution a été progressive : brusquement la malade a ressenti des douleurs ombilicales. Ces douleurs persistent avec la même intensité jusqu'à l'intervention. L'arrêt des matières et des gaz est complet et persiste également jusqu'à la fin de l'intervention. Seuls les vomissements resteront capricieux. L'évolution est donc continue : on a l'impression d'une occlusion complète, totale, définitive.

Et pourtant l'état général est peu touché. Le 10^e jour de l'occlusion, la malade est euphorique. Son faciès est coloré. Pas de température. Le pouls bien frappé à 80. Pas de signe d'intoxication profonde comme il serait logique de trouver chez une malade souffrante depuis 6 mois, et en pleine occlusion depuis 10 jours,

Voilà certainement une des raisons du bon résultat opératoire obtenu. Le pronostic de l'iléus biliaire même opéré précocement reste très sombre : 75 % de mortalité pour Kirmissen et Rochard ; 67 % pour Raimond ; 68 % pour Daraigney. Les statistiques plus récentes semblent moins sombres. Notre malade a guéri opérée le 10^e jour de l'occlusion.

Nous insisterons enfin sur les difficultés du diagnostic chez notre malade. Cette femme avait perdu un an plus tôt son mari d'un cancer gastrique. Elle-même se met à vomir, à être sujette à de la diarrhée noirâtre, comme son mari. Elle consulte un médecin et lui fait part de la crainte qu'elle éprouve d'être atteinte d'un cancer.

Le traitement symptomatique n'améliore en rien les vomissements, la diarrhée, l'asthénie, et brusquement le 23 septembre débute l'épisode douloureux. Le premier diagnostic qui vient à l'esprit est une sténose pylorique par tumeur de l'estomac. On note du clapotage à jeun. Pas de météorisme. L'arrêt des matières au début n'a rien d'alarmant chez une personne qui ne peut s'alimenter et reste alitée. La radiographie après ingestion de bouillie barytée permet d'affirmer l'occlusion du grêle.

Mais n'ayant pas d'antécédents hépatiques nets, il restait à éliminer la possibilité d'une sténose du grêle par propagation d'un cancer colique à l'iléon. On fait donc une radio du cadre colique après lavement baryté ingéré 3 jours avant pour étude du

transit gastrique n'est pas encore éliminé. L'intégrité du cadre colique permet d'affirmer la sténose simple du grêle.

La radiographie fut donc de première importance pour le diagnostic. Elle permet d'affirmer la sténose du grêle. (Anses fortement distendues avec niveaux liquidiens). Elle nous montrera d'une façon approximative le siège. Etant donné l'importance du grêle visible grâce à la baryte, on pouvait déduire que l'obstacle était situé vraisemblablement à la partie terminale du grêle, ce que l'intervention confirma. Quant à l'obstacle, il nous fut impossible de le voir. Il existe bien sur les 4 radios prises, se projetant sur l'aile iliaque gauche un peu au-dessus de la ligne inominée dans sa partie moyenne, un assemblage de piquetés de baryte dont l'ensemble présentait une forme ovalaire. Il est possible que ce soit une image de calcul. Mais la radio est si chargée de baryte qu'il est impossible de pouvoir l'affirmer.

En tous cas, la radio bien que ne nous montrant pas l'obstacle a permis de faire un pas important dans la voie du diagnostic. Elle a permis d'affirmer l'iléus du grêle.

Il nous reste enfin un point important qu'il nous paraît intéressant de développer. Cette femme fait une crise de péricholécystite. Pendant plus de 3 ans, elle ne ressent plus rien. Durant les 6 mois qui précédèrent l'intervention elle présente des trou-

bles digestifs bâtarde, et puis brusquement fait son occlusion. A quoi correspondent du point de vue anatomique ces différents symptômes ? Quand a eu lieu la perforation vésiculaire nécessaire, la perforation duodénale nécessaire pour la migration du calcul dans le grêle ?

Deux hypothèses sont à notre avis vraisemblables.

Première hypothèse. — La perforation vésiculaire a eu lieu au cours de la péricholécystite 4 ans avant l'occlusion. Au cours de cette crise, des adhérences inflammatoires se sont produites entre vésicule et duodénum, et le calcul a perforé cette cloison fusionnée. Arrivé dans le duodénum, le calcul est resté sans provoquer le moindre trouble pendant 3 ans 1/2. Mais en vieillissant, il s'est chargé, et a augmenté de volume progressivement. Ainsi dans les 6 mois qui précédèrent l'occlusion il commence à être mal toléré, donne le syndrome digestif, vomissement diarrhéiques, jusqu'au jour où l'occlu-

Deuxième hypothèse. — Le calcul n'a perforé la cloison vésiculo duodénale que dans les 6 mois qui précédèrent l'occlusion. Il provoqua alors le syndrome digestif des 6 mois qui précédèrent l'occlusion, puis l'occlusion elle-même.

Telles sont les deux hypothèses. Il nous est impossible de pouvoir prétendre trancher ce débat, en se basant sur une seule observation. Nous ne faisons que signaler ces faits qui nous ont paru intéressants.

CONCLUSION

Cette observation d'iléus biliaire nous a semblé intéressante pour les motifs suivants :

1) L'occlusion s'est installée rapidement et a persisté jusqu'à l'intervention sans poussées évolutives. L'évolution en fut longue, sans grande atteinte de l'état général, réalisant une véritable forme bénigne prolongée.

2) A aucun moment de l'évolution, il fut possible de déceler un météorisme abdominal, même localisé.

3) L'intervention amena la guérison. Les suites opératoires furent très simples.

4) On retrouve dans cette observation les trois phases successives de la constitution de l'iléus biliaire : phase de péricholécystite ;
phase de migration du calcul ;
phase d'occlusion.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président,*
GRÉGOIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSEY.

BIBLIOGRAPHIE

- Amza, Théodoresco.* — Iléus biliaire (Revista de Chirurgie, N° 5-6, Mai-Juin 1933).
- A. Basset.* — Iléus biliaire (Mém. de l'Acad. de Chir., Séance du 20 Janvier 1937, T. 63, N° 2).
- Berthon.* — Contribution à l'étude clinique et diagnostique de l'iléus biliaire (Thèse de Toulouse, 1933-1934).
- Calcagno, San Martin.* — L'iléus biliaire (Bol. y Trab. Soc. Cirur. B. Aires, 14 Novembre 1934).
- Charrier, Ch. Rocher.* — Sur un cas d'iléus biliaire (Revue d'Orthopédie et de Chir. de l'Appareil Moteur, de Bordeaux, Séance du 23 Janvier 1936, in Journal de Méd. de Bordeaux, 30 Juin 1936).
- Debrio, Ottolenghi.* — Iléus biliaire (Bol. y Trab. Soc. Cirur. B. Aires, 31 Octobre 1934).
- Iléus biliaire (Bol. y Trab. Soc. Cirurg. B. Aires, 28 Novembre 1934).
- J.-N. Debrio, E.-L. Ottolenghi.* — Iléus biliaires (J. de Chir. T. 47, N° 4, Avril 1936).
- Desjardins (E.).* — L'iléus biliaire (J. de l'Hôtel-Dieu de Montréal, N° 3, Mai-Juin, 1937).
- R. Dieulafé.* — Iléus biliaire (Soc. de Chirurg. de Toulouse. Séance du 25 Janv. 1934, in Toulouse Médical, N° 10, 15 Mai 1935).
- Duschl.* — Pathogénie et traitement de l'iléus biliaire. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Fasc. 111 et 12, 26 Juin 1933).
- Flahant.* — Un cas d'iléus biliaire guéri (Société des Chirurgiens de Paris, 15 Décembre 1933, N° 6, 1933).

- Gaspar.* — Diagnostic et traitement de l'iléus biliaire (Bruns Beitrage zur klinischen chirurgie, fas. 2, 2 Mars 1938).
— Diagnostic et traitement de l'iléus biliaire (Bruns beitrage zur Klinischen Chir. T. 167, N° 2, Mars 1938, in Presse Médicale, N° 54, 6 Juillet 1938, p. 110).
- R. Gatién, A. Jutras.* — Diagnostic et localisation pré-opératoire d'un iléus biliaire (Soc. Gastro-Entérol. Séance 3 Mars 1938. Union Médicale du Canada, N° 4, T. 67, Montréal, Avril 1938).
- R. Gatién, A. Jutras.* — Diagnostic et localisation pré-opératoires d'un iléus biliaire (Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal, N° 4, p. 205, Juillet-Août 1938).
- M. M. Gilson, Vastesaege, Evelyn.* — Deux cas d'iléus biliaire (Sté Belge de Gastro-entérologie, Séance du 4 Janvier 1936, in J. Belge de Gastro-Entérologie, Décembre 1935).
- Gutierrez.* — Iléus biliaire (Bol. y Trab. Soc. Cirur. B. Aires, 7 Novembre 1934).
- P. Huet.* — A propos de l'iléus biliaire (Revue Médicale Française, N° 9, Décembre 1937).
— A propos de l'iléus biliaire (Revue Médicale Française, N° 9, Décembre 1937).
- Jorge, Pasman.* — Iléus biliaire (Boletin y Trabajos de la Sociedad de Cirurgia de Buenos-Ayres, N° 19, 16 Août 1933).
- R. Kaiser.* — Radiodiagnostic de la perforation par calcul biliaire et de l'iléus biliaire (Rotgenpraxis, Janvier 1934, p. 12-16, 7 fig. in : Presse Méd. d'Egypte, N° 362, 15 Octobre 1934).
- Kommerell, Engal.* — Diagnostic de l'iléus biliaire lithiasique (Klinische Wochenschrift, 26 Novembre 1938, p. 1860).
- Lefort.* — Réflexions sur trois opérations pour l'iléus biliaire avec guérison (Société des Chirurgiens de Paris, séance du 3 Novembre 1933, N° 13).
- Manine.* — Contribution à l'étude des formes pseudonéoplasiques de l'iléus biliaire (Thèse de Lyon 1937-1938).

Moncalvi. — Iléus biliaire opéré 9 jours d'occlusion complète. Guérison (Atti e Mem. della Soc. Lombarda di Chirurg. N° 10, 11 Mai 1934, in Journal de Chirurgie, N° 6, Décembre 1934).

Nicolesco. — Iléus biliaire ; élimination par les voies naturelles (Revista de Chirurgie, N° 3-4, 1935).

Petren. — L'iléus biliaire, au point de vue de son radio-diagnostic (Der Chir. fasc. 8, 15 Avril 1939).

Platareanu, Teodoresco. — Sur un cas d'iléus biliaire. Opération, Guérison (Revista de Chir. N° 1-2, Janvier-Février 1935).

Schwarz. — Radiodiagnostic fait à temps d'iléus biliaire ; guérison (Zentralblatt für chirurgie, N° 27, 2 Juillet 1938).

Schwarke. — Iléus biliaire répété (Zentralblatt für Chirurgie an. 65, N° 36, 3 Septembre 1938).

— Sur l'iléus biliaire à répétition (Zentralblatt für Chirurg. t. 65, N° 36, 3 Septembre 1938 in Journ. de Chir. t. 53, N° 1, Janv. 1939, p. 120).

J. Sénèque, A. Sicard. — Iléus biliaire. Entérotomie sur le grêle, Guérison. (Bull. et Mém. de la Sté Nat. de Chir., N° 24, 14 Juillet 1934).

P. Razemon. — Sur deux cas d'iléus biliaire (Sté de Méd. du Nord. Séance Déc. 1936. Echo Médical du Nord N° 12, 21 Mars 1937).

Schmutzler. — Iléus biliaire et radiographie (Zentralblatt. fur. chir. Leipzig an. 65, N° 21, 21 mai 1938).

Trotta. — Iléus biliaire (Boletines, y trabajo de la Sociedad de Cirurgia de Buenos Aires, N° 18, 9 Août 1933).

Gaspar. — Diagnostic et traitement de l'iléus biliaire. (Brum's Beitrage zur Klinischen Chir. t. 167, N° 2, Mars 1938. in. Journ. de Chir. T. 52, N° 5, Novembre 1938, p. 702).

Schmutzler. — Iléus biliaire et radiographie (Zentr. für. Chir. T. 65, N° 20, 21 mai 1938, in : Journ. de Chir. t. 52, N° 5, Novembre 1938, p. 703).

Amza et Theodoresco. — Iléus biliaire (Revista de chirurgie N° 5-6, Mai-Juin 1933).

Artaud. — Iléus biliaire. (Bull. et mém. soc. des chir. de Marseille, séance du 8 fév. 1932).

— Iléus biliaire. (Sté de chir. de Marseille. Séance de Fév. 1932, N° 26, 15 septembre 1932).

Brocq et Geullette. — Iléus biliaire. (Bull. et mém. Soc. de de chir. de Paris, 6 novembre 1929).

Duschl. — Pathogénie et traitement de l'iléus biliaire (Deut. zeit. f. chirurgie fasc. 11 et 12, 26-6-33).

Flahaut. — Un cas d'iléus biliaire guéri. (Soc. des Chirurgiens de Paris, 15-12-33), N° 6, 1933).